Alcohol en andere drugs

Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?

VAD
VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN VZW

Alcohol en andere drugs

Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?

Colofon

Auteur
Joke Claessens

Redactie
Inge Baeten, Mia De Bock en Kathleen Raskin, VAD

Met dank aan
de preventiewerkers van de 'werkgroep OCMW' en An De Bruyn (CAW Zuid Oost-Vlaanderen), Sonja Delbeecke (CAW Midden West-Vlaanderen), Jonathan Jetten (OCMW Brugge), Karen Lowet (OCMW Tielt-Winge), Tina Michiels (OCMW Herenthout), Peter Schockaert (CAW Middenkust), Kevin Vancaillie (OCMW Gent), Guy Van Der Vurst (CAW Gent-Eeklo), Steven Vantorre (CAW De Papaver), Lut Verbeeck (OCMW Puurs), Katrien Verhaeghe (OCMW Kortrijk) en hun collega's

Vormgeving en druk cover
www.epo.be

Contactgegevens
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15
1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | www.vad.be | vad@vad.be

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

Wettelijk depotnummer: D/2010/6030/31

© 2010

VAD VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw

de druglijn
078 15 10 20
www.druglijn.be

.be **Met de steun van het Fonds ter bestrijding van de Verslavingen**

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Inhoud

1. Het eerstelijnswelzijnswerk en de alcohol- en drugproblematiek 3

2. Alcohol- en drugproblemen en motivatie 5

2.1. Alcohol- en drugproblemen: een continuüm 5

2.2. Hoe verloopt gedragsverandering? 6

2.3. Motiverende gespreksvoering 8

2.3.1. Veiligheid creëren en empathie uitdrukken 8

2.3.2. Werken aan belang (‘willen’) 9

2.3.3. Werken aan vertrouwen (‘kunnen’) 10

2.3.4. Meegaan met weerstand 11

Motiveren versus controleren? 13

3. Alcohol- en drugproblemen: een stapsgewijze aanpak 15

3.1. Alcohol- en drugproblemen opmerken, bespreekbaar maken en inschatten 16

3.1.1. Opmerken 16

3.1.2. Bespreekbaar maken 16

3.1.3. Inschatten 17

3.2. Kortdurende interventie 19

3.2.1. Wat is een kortdurende interventie en bij wie past u ze toe? 19

3.2.2. De werkzame bestanddelen van een kortdurende interventie 19

3.2.3. De kortdurende interventie afronden 21

3.3. Verdere begeleiding 24

3.3.1. Verder werken aan motivatie 24

3.3.2. Klaar voor verandering 28

3.3.3. Actieve verandering en terugval 29

3.4. Ondersteuning van verdere begeleiding extern 31

3.4.1. Doorverwijzing naar externe begeleiding 31

3.4.2. Ondersteuning tijdens externe begeleiding 31

3.5. Ondersteuning na externe begeleiding 33

De omgeving van de gebruiker 34

1. Het eerstelijnswelzijnswerk en de alcohol- en drugproblematiek

Op de sociale dienst van het OCMW of bij een CAW komen cliënten met heel diverse problemen. Soms kampen zij ook met alcohol- of andere drugproblemen[1]. Dit is niet altijd even duidelijk, soms is er enkel een vermoeden op basis van bepaalde signalen.

Als hulpverlener[2] in een OCMW of CAW is het niet altijd eenvoudig om hier mee om te gaan.

U werkt dikwijls met kwetsbare mensen met een complexe problematiek. Zij zijn niet altijd bereid om over hun eventuele alcohol- of andere drugproblemen te praten. Zij ervaren de middelenproblemen meestal niet als prioritair. Soms vrezen ze consequenties wanneer deze problemen ter sprake komen, zoals bijvoorbeeld het verlies van de financiële steun van het OCMW, van het hoederecht over de kinderen. Ook schaamte en schuldgevoel kunnen een drempel zijn.

Deze cliënten leren kennen en bouwen aan vertrouwen vraagt tijd en energie. Vaak is er echter vanuit de eigen werkcontext of vanuit de omgeving van de cliënt een sterke druk om snel verandering te realiseren.

'De alcohol- of drugproblematiek van cliënten kan zo nadrukkelijk aanwezig zijn dat het lijkt alsof je die eerst moet aanpakken voor je aan andere problemen kan werken. Ik heb echter gemerkt dat je als maatschappelijk werker van je cliënt niet altijd de toestemming krijgt om dit te bespreken. Ik heb mijn verwachtingen erg moeten bijstellen.'

Toch kunt u als hulpverlener een belangrijke rol vervullen in het kader van de alcohol- en drugthematiek en dit op verschillende vlakken: cliënten informeren en sensibiliseren over dit thema, het opmerken en inschatten van alcohol- en andere drugproblemen, cliënten motiveren om hun alcohol- of druggebruik te veranderen en/of voor een doorverwijzing, ondersteuning bieden aan cliënten die in behandeling zijn in de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening of voor de nazorg instaan van zo'n behandeling enzovoort.

Idealiter heeft de dienst waar u werkt een alcohol- en drugbeleid waarin vastgelegd is hoe deze rol zich in uw dienst concretiseert. Een alcohol- en drugbeleid kan een belangrijke ruggensteun zijn bij het begeleiden van cliënten met alcohol- of andere drugproblemen. Het biedt een duidelijk kader en een houvast bij specifieke situaties[3].

De ervaring leert echter dat de concrete begeleiding van mensen die alcohol of drugs gebruiken geen evidente opgave is. Zelfs als ze al heel wat problemen ondervinden, zijn deze cliënten vaak niet gemotiveerd om hun gebruik te verminderen of te stoppen. En als ze dat wel proberen, hervallen ze vaak.

In wat volgt gaan we eerst in op wanneer er sprake is van alcohol- of andere drugproblemen en hoe gedragsverandering verloopt. Vervolgens lichten we het model van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) toe. Dit model beschrijft een interactiestijl die bij cliënten de motivatie om hun gedrag te veranderen bevordert. Deze gesprekssstijl is van belang voor iedere interventie naar cliënten met alcohol- of andere drugproblemen.

---

[1] Wanneer we het in deze leidraad over 'drugs' of 'middelen' hebben, bedoelen we zowel alcohol, illegale drugs als psychoactieve medicatie.
Gokproblemen vertonen heel wat gelijkenissen met middelenproblemen. Toch zijn er ook verschillen en typische kenmerken. We verwijzen daarvoor naar de leidraad 'Gokken. Herkennen van en omgaan met gokproblemen bij cliënten in OCMW en CAW' (VAD, 2010).

[2] In deze brochure gebruiken we de term 'hulpverlener' om te verwijzen naar verschillende begeleidende functies (met verschillende opleidingen) in een CAW of OCMW, zoals onthaalmedewerker, maatschappelijk werker, begeleider.

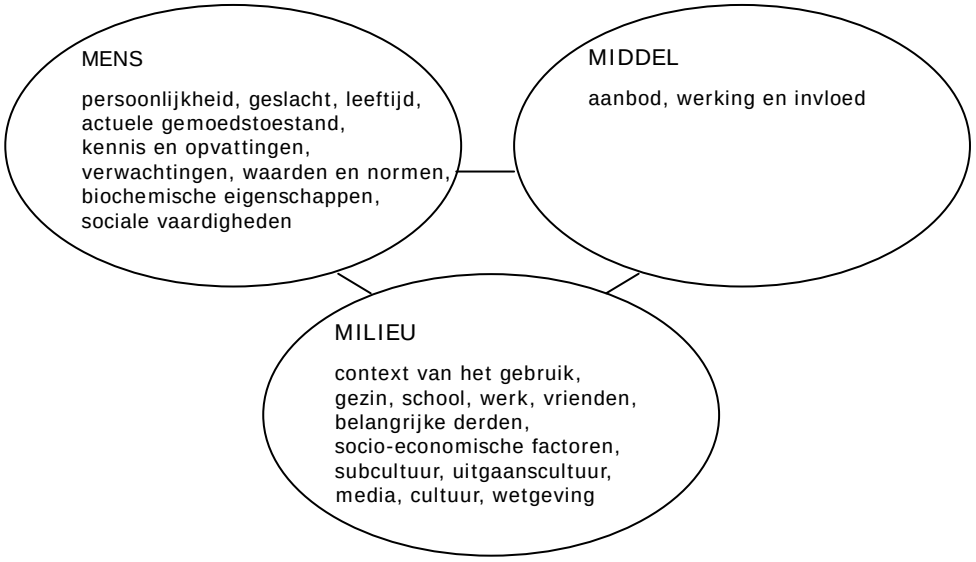
[3] Wat een alcohol- en drugbeleid precies is en hoe u het kan uitwerken leest u bijvoorbeeld in: 'Een alcohol- en drugbeleid op de sociale dienst van het OCMW' (VAD, 2010).

Daarna beschrijven we de opeenvolgende mogelijke interventies. Een eerste stap daarbij is het opmerken, bespreekbaar maken en inschatten van alcohol- en drugproblemen. Volgende stappen zijn het toepassen van een kortdurende interventie en verdere begeleiding. Verdere begeleiding kan u zelf opnemen of kan extern gebeuren. Ook bij externe begeleiding blijft u een belangrijke rol spelen door deze begeleiding te ondersteunen en nazorg te voorzien.

2. Alcohol- en drugproblemen en motivatie

2.1. Alcohol- en drugproblemen: een continuüm

Mensen gebruiken doorgaans middelen omwille van de aangename of gewenste effecten. Of en in welke mate door het middelengebruik problemen ontstaan, hangt af van een complex samenspel van **risico- en beschermende factoren**. Het gaat om persoonsgebonden factoren (Mens), gebruiksgerelateerde factoren (Middel: kenmerken van het middel en de manier waarop het gebruikt wordt) en omgevingsgebonden factoren (Milieu).



Figuur 1. Mens-Middel-Milieu-model (Drugs etc., VAD, 2003)

Problematisch middelengebruik beschouwen we als een complex proces dat geleidelijk verloopt en soms, maar lang niet altijd, evolueert naar een stoornis zoals misbruik of afhankelijkheid aan een middel. Problemen en/of schade die gepaard gaan met het gebruik van een middel kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn en worden beïnvloed door de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van gebruik, de combinatie met andere producten, eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. Ook hier zien we de factoren Mens, Middel en Milieu terugkomen. Problemen en/of schade kunnen evolueren en variëren in verschillende graden van ernst tot een 'aan een middel gebonden stoornis' zoals misbruik en afhankelijkheid[4].

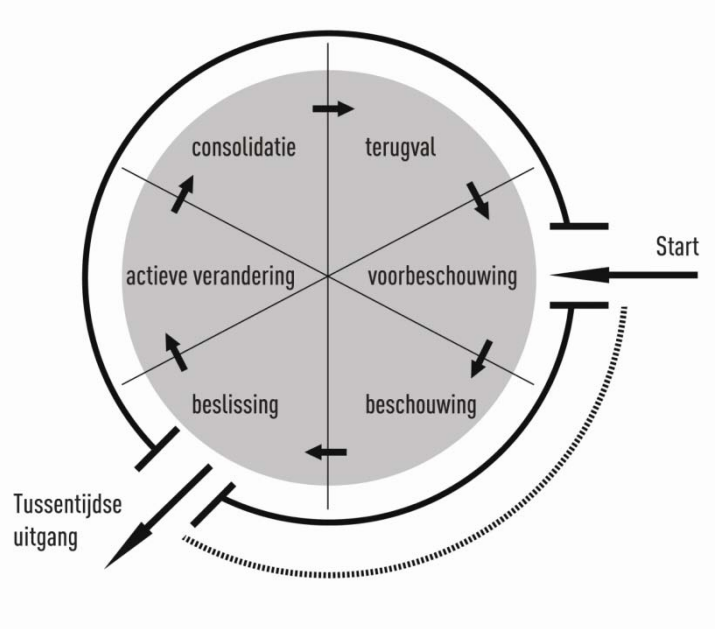
Voor meer informatie over dit begrippenkader verwijzen we naar het VAD-dossier Vroeginterventie (Verstuyf, 2007). Wilt u meer weten over de middelen of de risicofactoren (Mens-Middel-Milieu): www.druglijn.be.

[4] Definities in de DSM: Bij 'misbruik van een middel' is er sprake van een dermate ernstig druggebruik dat er problemen ontstaan bij het uitvoeren van de belangrijkste levenstaken, dat er gevaarlijke activiteiten ondernomen worden, of dat er juridische en sociale problemen ontstaan.
'Afhankelijkheid van een middel' slaat op een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit minstens drie van de zeven criteria (in een periode van twaalf maanden): tolerantie, onthoudingsverschijnselen, meer gebruiken dan men van plan was, tevergeefs willen stoppen of minderen, veel tijd nodig hebben om te herstellen van de effecten van het middel, verminderen van sociale of beroepsmatige activiteiten en doorgaan met gebruiken ondanks weten van problemen door gebruik (DSM IV-TR, 2000).

2.2. Hoe verloopt gedragsverandering?

Nog vaak wordt het niet veranderen gezien als een simpel tekort aan inzicht of wilskracht en ziet men mensen als ‘gemotiveerd’ of ‘niet gemotiveerd’. Gewoontegedrag veranderen gebeurt echter niet van vandaag op morgen. Het is een lang proces. Het Model van Verandering (Prochaska en DiClemente, 1984) toont er belangrijke kenmerken van. Dit fasenmodel (zie figuur 2) beschrijft het hele traject dat een persoon tijdens een veranderingsproces doorloopt, van vóór het moment dat hij zijn probleem erkent tot en met de gestabiliseerde hantering ervan. We maken hierbij de kanttekening dat mensen dit proces niet stap voor stap doorlopen, van fase naar fase. Mensen kunnen voor langere tijd in een fase blijven steken. Ze kunnen op ieder moment terugvallen in een eerdere fase, maar kunnen ook een plotse sprong maken.
Men kan ook voor verschillend gedrag in een andere fase 'zitten'. Iemand gebruikt bijvoorbeeld dagelijks cannabis en ziet hier geen enkel probleem in (voorbeschouwingsfase), hij experimenteerde eerder met cocaïne, maar is daar volledig mee gestopt (consolidatie).

Belangrijke boodschap is dat motivatie geen alles-of-niets-gegeven is, maar een dynamisch proces. Als hulpverlener dient u rekening te houden met de kwaliteit van motivatie. En nog belangrijker, u kunt invloed uitoefenen op dit proces en motivatie bevorderen. In het volgend punt bespreken we motiverende gespreksvoering die u daarvoor kan inzetten.



Figuur 2. Model van verandering (naar Prochaska en DiClemente, 1984)

- **Voorbeschouwing**

In eerste instantie ziet de persoon het gebruik niet als een probleem en denkt hij niet aan verandering. De omgeving (partner, ouders, werkgever, school, hulpverlener) vindt meestal als eerste dat er een probleem is en dat verandering nodig is. Deze druk vanuit de omgeving wordt door de persoon vaak als lastig ervaren.

- ‘Ik heb geen probleem. Mijn partner is het probleem: omdat hij nooit iets drinkt, zeurt hij maar door als ik eens iets gedronken heb!’

- **Beschouwing**

In deze fase wordt iemand zich bewust van een mogelijk probleem. Naast de voordelen gaat de gebruiker ook oog krijgen voor de nadelen van het gebruik. Hij heeft als het ware twee stemmetjes in zijn hoofd. Enerzijds is er een stem die stelt: ‘Ik heb geen probleem, ik kan dus rustig verder

gebruiken.' en die argumenten geeft om niet te veranderen; anderzijds is er een stem die zich afvraagt of de problemen die men ervaart te maken kunnen hebben met het gebruik en die argumenten aandraagt voor verandering.

Zowel veranderen als niet veranderen hebben verleidelijk positieve én sterk negatieve aspecten die afwisselend op de voorgrond treden. Dit geeft een sterk gevoel van ambivalentie.

- 'Zou die maagpijn toch met mijn drinken te maken hebben?'

- **Beslissing**

Wanneer een van de kanten van de ambivalentie (veranderen of niet veranderen) gaat doorwegen, begint een beslissing zich af te tekenen. Iemand kan beslissen om (nog) niets te veranderen aan zijn middelengebruik. Daardoor keert hij terug naar de voorbeschouwingsfase (zie figuur 2: tussentijdse uitgang). Als het belang van verandering voldoende groot aanvoelt, beslist hij dat hij iets aan zijn gebruik moet veranderen. Belangrijke factor is hierbij ook dat iemand zich in staat voelt om zijn gedrag te veranderen en weet hoe hij dat kan doen.

- 'Ik zou beter stoppen. Die pillen helpen toch niet meer. Ik ga een andere oplossing zoeken voor mijn slaapprobleem.'
- 'Straks verlies ik mijn werk nog. Ik ga op zondag niet meer gebruiken, zodat ik fris ben op maandagochtend.'

Eens men beslist heeft om te veranderen moet nog concreet worden wat men precies wil veranderen (stoppen, minder gebruiken, risico's beperken, …) en op welke manier (alleen, met de hulp van een vertrouwenspersoon, in de alcohol- en drughulpverlening, in een zelfhulpgroep, …). De overgang naar actieve verandering wordt voorbereid.

- **Actieve verandering**

Pas in deze fase zet iemand zijn beslissing effectief om in gedrag en wordt de verandering ook zichtbaar voor de omgeving. Meestal gaat dit met vallen en opstaan en blijven twijfels opduiken.

- Robert probeert te stoppen met roken, eerst met kauwgom, dan met nicotinepleisters.
- Yannick probeert minder om te gaan met vrienden-gebruikers en contact te herstellen met enkele 'oude vrienden'. Soms lukt het om enkel 's avonds een jointje te roken, soms worden het er toch weer vijf op een dag.

- **Consolidatie**

Iemand probeert de verandering te behouden en te integreren in zijn dagelijks leven. Hij heeft een nieuw gedragspatroon ontwikkeld.

- Martine drinkt slechts twee glaasjes wijn per dag en haalt geen sterkere drank meer in huis.

- **Terugval**

Terugval is de terugkeer naar het oude gedragspatroon. Terugval maakt wezenlijk deel uit van het gedragsveranderingsproces, het hoort erbij. Een uitschuiver leidt niet per se tot een volledige mislukking. Daarom is het belangrijk om terugval als een ervaring met leermogelijkheden te zien: in welke situatie was het moeilijk om de verandering vol te houden en hoe kan men daar in de toekomst mee omgaan?

- Bert kreeg een kwade telefoon van zijn ex. Om zich te ontspannen ging hij een paar glazen drinken. Het is bij die ene keer gebleven.
- Sara kwam een oude vriend tegen en liet zich verleiden tot een lijntje coke. Zij gebruikt nu weer wekelijks.

2.3. Motiverende gespreksvoering

Wanneer u het gesprek wil aangaan over alcohol- of ander druggebruik, is uw houding en gespreksstijl als hulpverlener essentieel om geen weerstand uit te lokken bij de cliënt en invloed te hebben op zijn motivatie om zijn gebruik te veranderen.

Motiverende gespreksvoering is een gespreksstijl die hier specifiek voor ontwikkeld werd door Miller en Rollnick (1991, 2005).[5] We bespreken hier kort de basisprincipes en houding van deze gespreksstijl. Hoe u deze gespreksstijl concreet kan toepassen in verschillende soorten interventies, leest u in hoofdstuk 3.

'Waar een wil is, is een weg' is een uitdrukking die we wel eens hanteren. Dit veronderstelt dat als je iets maar genoeg wil (bijvoorbeeld stoppen met drinken, minder cannabis roken, …) het dan ook effectief zal gebeuren. Over mensen die niet veranderen, wordt dan wel eens gezegd dat ze het niet écht willen of dat ze geen karakter hebben. Naast het 'willen' (2.3.2) is echter ook het 'kunnen' (2.3.3) van belang. Dit zijn twee belangrijke componenten van motivatie waaraan in de begeleiding kan gewerkt worden. Voorwaarde is een voldoende veilige context waarin de cliënt zich geaccepteerd voelt en zijn situatie onder de loep durft te nemen (2.3.1). Daarnaast is het belangrijk om als hulpverlener op een goede manier om te gaan met weerstand bij de cliënt (2.3.4). Hiermee hebben we de vier basisprincipes van motiverende gespreksvoering op een rijtje.

2.3.1. Veiligheid creëren en empathie uitdrukken

Iemand zal pas veranderen als hij zich aanvaard voelt zoals hij is. Voelen dat zijn waarden en doelen gerespecteerd worden, geeft de cliënt de veiligheid om naar zichzelf te kijken. Een cliënt voelt zich pas veilig als hij weet hoe het er aan toe gaat in de begeleiding, wat de hulpverlener wel en niet van hem verwacht en - erg belangrijk – dat hij de keuze heeft om al dan niet te veranderen. Dit keuze-element is erg belangrijk in het motivatieproces. Het vergt van de hulpverlener openheid voor de waarden en normen van de cliënt, die sterk kunnen verschillen van de eigen waarden en normen.

Ook de ruimere context is van belang: heeft de cliënt ruimte om met de moeilijke stappen tot gedragsverandering bezig te zijn of wordt hij opgeslorpt door turbulenties in zijn dagelijks leven (bijvoorbeeld: de huisbaas dreigt hem op straat te zetten).

Iemand die kan, mag en durft stilstaan bij zijn situatie zal meer inzicht krijgen in de consequenties van zijn gedrag en het in vraag stellen. Mensen worden sterker gemotiveerd om hun gebruik te veranderen door de eigen redenen die ze daarvoor aandragen dan door de redenen die de begeleiding of anderen geven.

De houding van de hulpverlener is het belangrijkste instrument om empathie uit te drukken. U begrijpt het perspectief van uw cliënt zonder dat u het veroordeelt of bekritiseert.

Door open vragen te stellen bevordert de hulpverlener dat de cliënt zelf aan het woord is en zijn situatie exploreert. Door middel van reflectief luisteren drukt de hulpverlener zijn begrip uit en vergroot hij het inzicht van de cliënt in de eigen situatie.

[5] Ondertussen is motiverende gespreksvoering ook met succes toegepast om cliënten te motiveren ander gedrag dan alcohol- of druggebruik te veranderen, zoals meer gaan bewegen, gezonder eten, stoppen met roken, condoomgebruik enz. (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

2.3.2. Werken aan belang (‘willen’)

Mensen veranderen enkel als het belang van de verandering voldoende groot is. Het belang van verandering is groot als het verschil tussen het huidige gedrag en iemands persoonlijke waarden en doelen voldoende groot is en als mensen er zich bewust van zijn welke rol het middelengebruik daarin speelt.

Enerzijds drinkt Nathalie bijna iedere avond en is ze daardoor niet in staat om het huiswerk van de kinderen te begeleiden, anderzijds wil Nathalie een goede, verantwoordelijke moeder zijn die haar kinderen alle kansen geeft.

Cliënten hebben vaak tegenstrijdige gevoelens en gedachten over hun gebruik[6].

‘Ik zou makkelijker uit mijn bed geraken als ik stop met blowen, maar dan zit ik gezellig samen met vrienden en geniet ik er zo van die joint door te geven.’
‘Ik kan me niet inbeelden dat ik de dag doorkom zonder regelmatig een glas. Maar vind het beschamend dat ik in budgetbegeleiding moet en geen baas meer ben over mijn eigen geld.’

Het is belangrijk om verder in te gaan op deze tegenstrijdige gevoelens. Dit noemen we het verkennen van ambivalentie. Als hulpverlener helpt u de cliënt zijn ambivalentie te verkennen door hem te laten verwoorden wat hij belangrijk vindt, zonder over de situatie te oordelen. Het is belangrijk om oog te hebben voor beide kanten van de balans, niet alleen de nadelen van het gebruik, maar ook de voordelen ervan. Dit verkleint de kans op weerstand en laat ruimte ontstaan om over verandering na te denken. De cliënt voelt zich begrepen en ervaart dat het gesprek gaat over wat voor hem essentieel is, niet over wat zou moeten. Door zijn ambivalentie te verkennen, ontdekt de cliënt dat zijn huidige gedrag (gebruik) in strijd is met een aantal belangrijke doelen of waarden.

De rol van de hulpverlener bij dit proces is niet enkel de beleving van de cliënt te volgen en te begrijpen (cliëntgericht aspect, zie 2.3.1). De hulpverlener stuurt ook in de richting van verandering (directief aspect). Het is de bedoeling dat de nadelen van de huidige situatie en de voordelen van de verandering gaan doorwegen. Dit betekent niet dat de hulpverlener argumenten voor verandering aanbrengt. De hulpverlener gaat wel de uitingen van probleemerkenning en voordelen van verandering uitlokken door gerichte vragen te stellen. En de hulpverlener versterkt deze ideeën en gevoelens bij de cliënt door er meer aandacht aan te geven (door ze te reflecteren of te laten concretiseren).

Uiteindelijk kan de cliënt tot een beslissing komen.

- ‘Ik wil minder drinken.’
- ‘Ik gebruik enkel nog cocaïne als ik ’s anderendaags niet moet werken.’

Goed om weten

Miller en Rollnick gebruiken voor dergelijke uitingen van motivatie de term ‘**verandertaal’**. Verandertaal uitlokken is een manier van communiceren waardoor de cliënt zélf redenen om te veranderen en de voordelen ervan aanhaalt. Op deze manier motiveert hij zichzelf. Het is de cliënt die de argumenten voor verandering onder woorden brengt en niet u als hulpverlener. Mensen laten zich vlugger overtuigen door wat zij zichzelf horen zeggen, dan door wat anderen vertellen.

[6] De druk van de omgeving zorgt mee voor de last die de cliënt tot verandering kan bewegen. Bijvoorbeeld ouders die verbieden uit te gaan, de partner die tijdelijk het huis verlaat, de werkgever die een waarschuwing geeft, kunnen bijdragen tot veranderingsbesluiten voor zover de cliënt deze signalen hertaalt in een bedreiging van voor hem betekenisvolle doelen en waarden (bijvoorbeeld kunnen uitgaan, contacten onderhouden met vrienden, zijn relatie behouden, een verantwoordelijke partner zijn, zijn job behouden, een bekwame werknemer zijn).

Casus

Patrick had een zelfstandig schildersbedrijf met enkele medewerkers. Sinds het failliet van de zaak en de scheiding van zijn vrouw heeft hij het op alle vlakken erg moeilijk. Hij heeft geen vaste verblijfplaats meer. Hij ziet geen doel meer in zijn leven en maakt zich zorgen om zijn kinderen die hij niet meer ziet. Zijn ex vindt dat hij te veel drinkt.

In de gesprekken wordt ingegaan op de praktische problemen en op het belang van de kinderen voor hem en wat hij zou kunnen doen om ze terug te zien. Patrick krijgt meer inzicht in de rol van zijn alcoholgebruik in zijn problemen.

2.3.3. Werken aan vertrouwen ('kunnen')

Het aspect 'kunnen' draait om de vraag of iemand er voldoende vertrouwen in heeft dat hij kan veranderen. Pas als mensen geloven dat ze werkelijk hun gebruik kunnen veranderen, zullen ze hiervoor kiezen. Soms wil iemand wel veranderen, maar gelooft hij niet dat hij het zal kunnen.

Ook zelfwaarde is belangrijk. Wie zichzelf niet de moeite waard vindt, heeft weinig of geen reden om zijn gedrag te wijzigen.

Versterken van zelfwaarde en vertrouwen kan op dezelfde manier als het versterken van het belang van de verandering. Met gerichte vragen lokt de hulpverlener ideeën, ervaringen en percepties uit die op vertrouwen wijzen. Dergelijke uitingen krijgen meer aandacht door ze te reflecteren of te bevestigen. Belangrijk is niet enkel aandacht te hebben voor problemen, maar ook voor de dingen die goed gaan en voor de mogelijkheden die de cliënt heeft. Benadruk het aandeel van de cliënt in positieve evoluties. Het is belangrijk dat de cliënt de positieve evoluties aan eigen inspanningen kan toeschrijven veeleer dan aan externe factoren.

- 'Gisteren bleef je rustig. Hoe kreeg je dat voor elkaar?'

Er niet in geloven dat verandering mogelijk is, wordt zowel bij hulpverlener als cliënt een 'selffulfilling prophecy'. Omgekeerd kan het geloof in veranderingsmogelijkheden van mensen heel wat in beweging zetten.

Casus

Cliënt:	'Ik heb gewoon geen idee hoe ik het moet doen. Ik zie geen uitweg.'
Hulpverlener:	'Ik heb geen antwoorden voor je, maar ik geloof vast en zeker dat jij die wel hebt en dat we samen wel een uitweg kunnen vinden.'
Cliënt:	'Hoe bedoel je?'
Hulpverlener:	'Je bent echt een kei in overleven. Ik vind het ongelooflijk hoe sterk je bent. Alles wat je meegemaakt hebt… En toch zit jij hier en praat met me over je toekomstig leven, hoe jij het graag zou zien.'

2.3.4. Meegaan met weerstand

Weerstand omvat alle reacties die in tegenspraak zijn met de motivatie voor gedragsverandering, bijvoorbeeld niet komen opdagen, minimaliseren van het gebruik, oeverloos uitweiden, de expertise van de hulpverlener in vraag stellen.

- (a) 'Zo erg is het niet. Ik drink niet meer dan mijn vrienden.'
- (b) 'Wat weet jij daar nu over? Jij hebt zelf nooit gebruikt!'
- (c) 'Ik weet al wat u gaat zeggen, dat ik moet stoppen met drinken. De enige ontspanning die ik heb, wilt u mij nog afpakken.'

De manier waarop u als hulpverlener reageert, zorgt ervoor dat de weerstand toeneemt of afneemt. Als de hulpverlener tegen de weerstand ingaat, bijvoorbeeld door te argumenteren, wordt de weerstand versterkt.

- (a) 'Zo onschuldig is dat toch niet. U bent uw job kwijtgeraakt!'
- (b) 'Ik weet best wel waarover ik het heb. Onderzoek zegt dat …'
- (c) 'U hebt niet veel keus. Als u zo verder doet…'

Gaat de hulpverlener echter mee met de weerstand door aandacht te geven aan het onderliggende gevoel bij de cliënt, dan vermindert de weerstand en komt er meer openheid bij de cliënt om verder te praten.

- (a) 'Met de vrienden iets gaan drinken is belangrijk voor u om u te kunnen ontspannen. U hebt met heel wat stress te kampen.'
- (b) 'Ik weet inderdaad niet veel over cocaïne. Wil je me iets van jouw ervaringen vertellen?'
- (c) 'U beslist zelf wat u met deze informatie doet.'

Hoe meer weerstand de cliënt vertoont, hoe kleiner de kans dat hij tot gedragsverandering komt. Als de weerstand escaleert, kan het contact tussen hulpverlener en cliënt verloren gaan. Het is dus belangrijk om weerstand te herkennen en er iets mee te doen.

Waar kan de weerstand mee te maken hebben? Weerstand kan uitgelokt worden wanneer de hulpverlener te snel wil gaan. Als het probleembesef van de cliënt nog onvoldoende groot is, heeft het geen zin om met hem over concrete stappen naar verandering te praten. Ook als de cliënt zich onvoldoende veilig en geaccepteerd voelt, kan dit weerstand oproepen. Hetzelfde gebeurt wanneer iemand het gevoel krijgt dat zijn keuzevrijheid beperkt wordt, bijvoorbeeld als de hulpverlener de cliënt vertelt wat 'het probleem' is (en wat dan de beste oplossing is). ('Niemand moet mij gaan vertellen wat ik moet doen!') Dit is niet typisch voor mensen met drugproblemen.

Bij de hulpverlener ligt hier vaak een 'helpreflex' aan de basis. De hulpverlener wil de cliënt beschermen tegen de negatieve gevolgen van zijn gedrag, probeert zoveel mogelijk problemen van de cliënt op te lossen en zegt wat het beste voor hem zou zijn. Op die manier neemt de hulpverlener echter de verantwoordelijkheid over en lokt hij weerstand uit.

Goed om weten

De houding van motiverende gespreksvoering

Veel meer dan een reeks technieken is motiverende gespreksvoering een houding waarmee mensen benaderd worden. Om dit in de verf te zetten vergelijken we deze grondhouding met de 'confronterende' benadering.

- **Autonomie** in plaats van autoriteit (= de cliënt zeggen wat hij moet doen)

De verantwoordelijkheid voor de verandering ligt bij de cliënt en niet bij de hulpverlener. De hulpverlener bevestigt het recht en vermogen tot zelfsturing van de cliënt. De cliënt is vrij om te kiezen voor gedragsverandering of om dat niet te doen en de hulpverlener creëert de voorwaarden voor een doordachte keuze.

- **Evocatie** in plaats van educatie (= de cliënt ontbrekend inzicht en vaardigheden bijbrengen)

De hulpverlener zoekt de motivatie voor verandering in de cliënt zelf (interne motivatie). De doelen en waarden van de cliënt zelf zijn het vertrekpunt. Hij kan zelf ontdekken of zijn gedrag daarmee in tegenspraak is. De hulpverlener vertrekt ook van de mogelijkheden van de cliënt om met zijn situatie om te gaan, in plaats van enkel te focussen op problemen en tekortkomingen.

- **Samenwerking** in plaats van confrontatie (= de cliënt de 'werkelijkheid' doen inzien)

De hulpverlener gaat samen met de cliënt kijken naar diens situatie, niet de cliënt overtuigen dat hij verkeerd bezig is. Er is een positieve sfeer die verandering stimuleert, maar niet afdwingt.

Noot:

- Uitgebreid kennismaken met motiverende gespreksvoering kan via www.vad.be/hethuis/ een webbased leertraject over motiverende gespreksvoering. We verwijzen ook naar de vertaling van het standaardwerk van Miller en Rollnick[7].
- Voor vorming kunt u contact opnemen met de CGG-preventiewerkers. Hun adressen vindt u op www.vad.be bij 'over VAD' onder structurele partners.

[7] Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005). Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Gorinchem: Ekklesia.

Goed om weten

Motiveren versus controleren?

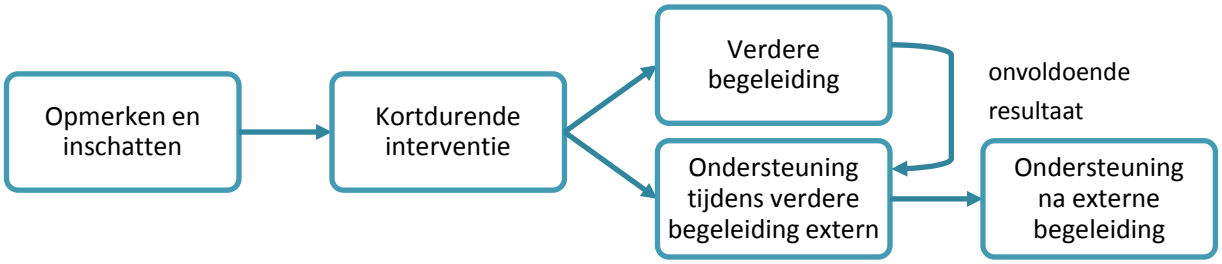
Hulpverleners moeten vaak grenzen stellen. In een budgetbegeleiding wordt de huurtoelage bijvoorbeeld niet langer toegekend aan het gezinshoofd, dat ermee naar het café trekt, maar aan zijn partner. Of de hulpverlener moet opvolgen of een koppel de zorg voor hun kinderen voldoende opneemt. De hulpverlener zit in dat geval in een controlerende positie.

In het kader van de begeleiding is een ondersteunende positie meer aangewezen. In een sfeer van samenwerking werkt men aan bewustwording en aan oplossingen. Voor cliënten kan deze dubbele rol erg verwarrend zijn.

Om hieraan tegemoet te komen kan men de grenzen bespreken als zijnde opgelegd door een derde partij. Bijvoorbeeld: 'De OCMW-raad/het comité heeft beslist dat… Wat betekent dit voor u? Hoe kunnen we hiermee verder?' Op die manier hoeft de hulpverlener de cliënt niet vanuit zijn eigen positie te confronteren met deze grenzen, maar kan dit gebeuren op een ondersteunende manier.

Een andere mogelijkheid is het expliciet benoemen van de twee rollen in het gesprek met de cliënt. 'Een heel belangrijk deel van mijn werk is dat ik u wil helpen met uw vragen en dit op een manier die bij u past. Een ander deel van mijn werk is dat ik moet toezien dat u goed voor uw kinderen zorgt. Het is alsof ik twee petten heb: soms draag ik de ene, een andere keer moet ik de andere pet opzetten. Dit kan best verwarrend zijn.'

3. Alcohol- en drugproblemen: een stapsgewijze aanpak



Figuur 3. Mogelijke stappen in CAW of OCMW bij alcohol- en andere drugproblemen

Een eerste belangrijke stap is het opmerken en bespreekbaar maken van alcohol- of ander druggebruik. Ook een inschatting van de ernst van de problematiek mag niet ontbreken (3.1).

Na het inschatten van de problematiek kan men als hulpverlener een kortdurende interventie uitvoeren (3.2) en eventueel verdere begeleiding aanbieden rond het alcohol- of ander drugprobleem (3.3). Verdere begeleiding kan ook door een externe instantie gebeuren. Hierbij blijft u een rol hebben door de cliënt tijdens en na de externe hulpverlening te blijven ondersteunen.

Deze interventies bouwen verder op elkaar. Er wordt naar een volgende stap overgegaan als een interventie onvoldoende resultaat heeft (principe van stepped care). Hoever u deze opeenvolgende stappen zelf met uw cliënt doorloopt, is afhankelijk van verschillende factoren:

- De ernst van de problematiek (zie hoofdstuk 2, p.5): Over het algemeen geldt, hoe ernstiger de problematiek, hoe intensiever en langduriger de interventie. Er is een groot verschil tussen een cliënt wiens middelengebruik een beginnend probleem is, een cliënt wiens welzijn/gezondheid in acuut gevaar is en een cliënt met een duidelijke afhankelijkheidsproblematiek.
- De motivatie van de cliënt (zie hoofdstuk 2, p. 6): Is de cliënt zich bewust van de risico's van zijn gebruik, wil hij iets aan zijn gebruik veranderen, heeft hij al dikwijls geprobeerd te stoppen met drinken, maar is hij altijd weer hervallen, …
- Uw opdracht als hulpverlener in uw dienst: Welke rol neemt jouw dienst op in het continuüm van zorg? Welke deskundigheid is er al opgebouwd op het vlak van alcohol- en andere drugproblemen?
- Het hulpverleningstraject van de cliënt: welke hulpverleners en diensten zijn op dit moment betrokken bij de cliënt en welke hulpverlening is er in het verleden al geweest?

De hulpverlener maakt hier een inschatting van en bepaalt in overleg met de cliënt welke interventies met betrekking tot middelengebruik aangewezen zijn.

3.1. Alcohol- en drugproblemen opmerken, bespreekbaar maken en inschatten

3.1.1. Opmerken

Drugproblemen kunnen zichtbaar worden op verschillende levensdomeinen. Mogelijke signalen van druggebruik zijn: er bleek uitzien, vermoeidheid, veranderde eetlust, vermageren, heel kleine pupillen of juist heel wijde, een andere vriendenkring, slechtere schoolresultaten, problemen op het werk, geen interesse meer in hobby's, conflicten in het gezin, sterke stemmingswisselingen, impulsief gedrag, agressie, financiële problemen, …

Deze signalen zijn niet exclusief voor middelengebruik. Ook andere problemen of kopzorgen kunnen die signalen veroorzaken. Zeker wanneer iemand maar af en toe gebruikt, is het moeilijk om dit vast te stellen. De signalen verschillen bovendien van persoon tot persoon. Wat jongeren betreft zijn veel van de opgesomde signalen kenmerkend voor de puberteit, een periode waarin er bij jongeren heel wat verandert.

Ook de omgeving kan signalen opvangen en onder de aandacht brengen. Familieleden, vrienden of collega's zien de gebruiker dagelijks en merken dan ook als eersten de signalen van problematisch gebruik op.

Door als hulpverlener middelengebruik te bevragen en niet af te wachten tot u duidelijke signalen opvangt, kunt u riskant gebruik sneller opmerken. Het gebruik van een screeningsinstrument is hier een handig hulpmiddel voor (zie p. 17).

3.1.2. Bespreekbaar maken

Bij het bespreekbaar maken van alcohol- of andere drugproblemen moeten we rekening houden met een aantal belemmeringen:

- Cliënten komen meestal met een ander probleem bij u, bijvoorbeeld financiële, relatie- of huisvestingsproblemen. Het is niet omdat een cliënt bij u in begeleiding is voor een ander probleem dat hij accepteert dat u ook het eventuele middelenprobleem aankaart. Sommige cliënten leggen zelf ook geen verband tussen hun klachten/situatie en hun drinken of druggebruik.
- Vanuit de perceptie van de cliënt is het ook niet evident om over middelengebruik te praten.

  - ‘Als ze weten dat ik drink, zullen ze mij misschien niet financieel helpen.’

  Bovendien ervaart de cliënt dit gebruik lang niet altijd als een probleem, soms zelfs eerder als een oplossing.

  - ‘Mijn pintjes laat ik mij niet afpakken, het is het enige dat mij nog overeind houdt.’

Het is dan ook normaal dat cliënten in eerste instantie hun gebruik gaan ontkennen of minimaliseren (zie hoofdstuk 2, p. 6).

Wat kan men als hulpverlener doen om het middelengebruik toch bespreekbaar te maken?

- Men kan het thema middelengebruik introduceren door concrete signalen die men zelf opmerkt of die door de omgeving gesignaleerd worden in het gesprek te benoemen. Men kan ook de resultaten van een screening voorleggen (zie p. 17). U vraagt de cliënt naar zijn kijk op of beleving van deze signalen of resultaten. De bedoeling is de cliënt te laten stilstaan bij zijn situatie en zijn probleembesef te verhogen in plaats van als hulpverlener te zeggen: ‘Dit loopt fout, het is duidelijk dat u een alcoholist bent.’ Als aan de cliënt een signaal uit de omgeving wordt voorgelegd, kan u naar zijn reactie vragen.

  - ‘Wat maakt dat men dit zegt?’, ‘Wat wil je hier verder mee doen?’ of ‘Hoe kunnen we hierop een antwoord geven?’

Eventueel kan de link gelegd worden met situaties uit het verleden.

- ‘Die keer dat je niet naar je sollicitatiegesprek bent gegaan, omdat je je overslapen had, was dat een vergelijkbare situatie? Hoe is het toen gelopen?’

Als de cliënt merkt dat de hulpverlener open, onbevooroordeeld en niet veroordelend over alcohol en andere drugs praat, verlaagt dit de drempel voor de cliënt om zijn gebruik ter sprake te brengen. Om een veilige gesprekscontext te creëren is niet alleen een open houding van belang, maar ook duidelijkheid. De hulpverlener schept duidelijkheid over de rol die hij heeft en welke consequenties er al dan niet aan het bekend worden van het gebruik van de cliënt verbonden zijn (zie p. 13, motiveren versus controleren). Aandachtspunt is ook om bij de cliënt niet over te komen als iemand die de kant van de omgeving kiest (partij trekt). Op p. 11 leest u hoe u constructief kan omgaan met weerstand (ontkennen, minimaliseren …) van de cliënt.

- Wanneer het toch niet mogelijk blijkt het alcohol- of ander druggebruik te bespreken, kan men door aan andere problemen te werken (en het gebruik even tussen haakjes te zetten) naar een mandaat rond het gebruik toewerken. Het feit dat de aanmeldingsvraag vaak een concrete vraag is vanuit een reële behoefte (huisvesting, inkomen, juridische problemen, angstklachten, …) is een pluspunt. De cliënt hoeft niet onmiddellijk een hulpvraag omtrent alcohol of andere drugs te hebben, ook al is dit gebruik prominent aanwezig. Gaandeweg kan de cliënt linken leggen tussen de problemen die hij ervaart en het middelengebruik.

  - ‘Ik wil deze job graag houden, misschien moet ik ervoor zorgen dat ik ’s morgens frisser ben.’

  U kunt hierop reageren door te reflecteren en open vragen te stellen.

  - ‘Je job is belangrijk voor jou en je doet het graag. Wat kan er jou helpen om op tijd te komen en minder moe te zijn?’

  Een valkuil hierbij is dat men te snel gaat en de cliënt wil laten toegeven dat het middelengebruik een probleem is, bijvoorbeeld: ‘Als u zou stoppen met drinken zou u beter functioneren op uw werk en minder conflicten hebben thuis.’ Het is de bedoeling dat de cliënt meer inzicht krijgt en zelf een keuze maakt. Door te werken aan andere problemen wordt de motivatie om te werken aan het gebruik ook beïnvloed.

3.1.3. Inschatten

Op basis van de waargenomen signalen kan een vermoeden van een alcohol- of drugprobleem ontstaan. Het gebruik van een screeningsinstrument kan helpen om dit vermoeden bespreekbaar te maken en te bevestigen. Het is tevens een hulpmiddel om een inschatting te maken van de ernst van de problematiek.[8]

Sommige screeningsinstrumenten geven niet alleen een ernstinschatting, maar ook een indicatie van welk gevolg er best aan het resultaat van de screening wordt gegeven.

Een voorbeeld is het screeningsinstrument ASSIST dat differentieert tussen een laag, matig of hoog risiconiveau. Voor cliënten die in het lage risicobereik scoren, is feedback geven en informeren voldoende. Cliënten met een score in het matig risiconiveau, krijgen een kortdurende interventie. Een hoog risicoscore is een indicatie voor afhankelijkheid en deze cliënten hebben verdere assessment en een intensievere begeleiding nodig.

[8] Door als hulpverlener middelengebruik te bevragen – eventueel aan de hand van een screeningsinstrument - en niet af te wachten tot je duidelijke signalen opvangt, kan je riskant gebruik sneller opmerken. Hoe vroeger ingegrepen wordt in de ontwikkeling van problematisch gebruik, hoe groter de perspectieven op gedragsverandering en de kans op herstel. (Screenen met de ASSIST in de eerstelijnswelzijnssector. Claessens, J. & Defillet, T. (VAD, 2010))

De afname van een screeningsinstrument biedt niet alleen de hulpverlener de nodige informatie om de verdere begeleiding vorm te geven. Ook de cliënt krijgt op die manier meer inzicht in zijn gebruikspatroon en de risico's die eraan verbonden zijn.

Het is daarbij wel belangrijk om het resultaat van een screening niet op zich te bekijken. Middelenproblemen zijn complex en er zijn heel wat factoren die het risico op gezondheids- en andere problemen door middelengebruik beïnvloeden, zoals familiegeschiedenis van middelengebruik, psychiatrische comorbiditeit, leeftijd, geslacht, socio-economische status. Als hulpverlener dient u dit ruimere plaatje in rekening te brengen bij de inschatting van het risico van een cliënt. Vraag zeker ook naar de eigen beleving van de cliënt.

Het is belangrijk om op niveau van de dienst afspraken te maken over screenen, met andere woorden screening te kaderen in het alcohol- en drugbeleid van de dienst. Bijvoorbeeld, wie wordt gescreend, wanneer wordt gescreend, wat gebeurt er met de resultaten van een screening? De afname van een screeningsinstrument kan een onderdeel zijn van de intakeprocedure zodat alle nieuwe cliënten gescreend worden.[9] Idealiter wordt de screening herhaald bij cliënten die langdurig in begeleiding zijn of bij hernieuwd contact. Men kan ook opteren voor een gerichte screening bij aanwezigheid van signalen van of risicofactoren voor (problematisch) middelengebruik.

Na de afname van een screeningsinstrument geeft u uw cliënt in ieder geval feedback over zijn resultaat.

Voor cliënten die maar in beperkte mate gebruiken en geen of weinig risico's lopen door hun gebruik is feedback en informatie geven voldoende. In principe hebben deze cliënten geen verdere interventie nodig om hun middelengebruik te veranderen. Het geven van informatie over de middelen die ze al gebruikt hebben (en eventueel andere) is toch zinvol:

- Het verhoogt de kennis over alcohol- en ander middelengebruik en de risico's.
- Het werkt preventief door aan te moedigen niet-gebruik vol te houden of niet méér te gaan gebruiken.
- Het kan cliënten die vroeger problematisch gebruikten, wijzen op de risico's verbonden aan herval.

Hoe het geven van feedback en informatie concreet kan verlopen, leest u op p. 19.

Voor de verdere begeleiding van cliënten die wel risico's lopen, verwijzen we naar de volgende punten.

Welk screeningsinstrument gebruiken?

Er bestaan verschillende screeningsinstrumenten voor middelengebruik bij volwassenen. Ze hebben allemaal hun specifieke kenmerken en voor- en nadelen. Kies voor het instrument dat het best aansluit bij wat u wilt bereiken met de screening van een cliënt. Recent werd het screeningsinstrument ASSIST naar het Nederlands vertaald. Met de ASSIST kunnen eerstelijnswerkers eenvoudig en snel een inschatting maken van de ernst van middelengebruik bij volwassenen. De vragenlijst behandelt: tabak, alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, vluchtige snuifmiddelen, opiaten en andere drugs.[10]

In het VAD-dossier over vroeginterventie[11] vindt u een overzicht van andere screenings-instrumenten.

---

[9] Wanneer alle cliënten gescreend worden, verlaagt de drempel voor hulpverleners en cliënten. Het hoort bij de standaardprocedure en niemand hoeft zich geviseerd te voelen.

[10] Screenen met de ASSIST in de eerstelijnswelzijnssector. Claessens, J. & Defillet, T. (VAD, 2010). U vindt de ASSIST en deze handleiding ook op www.vad.be.

[11] Dossier vroeginterventie. Verstuyf, G. (VAD, 2007).

3.2. Kortdurende interventie

3.2.1. Wat is een kortdurende interventie en bij wie past u ze toe?

Wanneer u alcohol- of ander druggebruik hebt opgemerkt en ingeschat, gaat u hier in eerste instantie op in met een kortdurende interventie (vijf à vijftien minuten). Het doel van de interventie is de cliënt te motiveren om zijn middelengebruik te veranderen door hem meer inzicht te geven in zijn gebruik en de risico's en problemen die ermee samenhangen en hem te stimuleren een keuze te maken voor gedragsverandering.

Een kortdurende interventie kan bij riskant of beginnend problematisch middelengebruik voldoende zijn om gedragsverandering in beweging te zetten. Wanneer de problematiek te ernstig blijkt of de cliënt onvoldoende vaardigheden heeft om zijn gedrag te veranderen, is verdere begeleiding nodig. Met een kortdurende interventie kan de cliënt ook gemotiveerd worden voor verdere begeleiding binnen de eerstelijnszorg of voor een doorverwijzing naar alcohol- en drugspecifieke hulpverlening.

Een kortdurende interventie kan dus voldoende zijn op zich of kan een motiverend voortraject zijn voor verdere begeleiding.

3.2.2. De werkzame bestanddelen van een kortdurende interventie

Onderzoek naar kortdurende interventies (brief interventions) reikt een aantal elementen aan die bijdragen tot de effectiviteit van deze interventies. Deze worden samengevat in het acroniem FRAMES: Feedback (feedback), Responsibility (verantwoordelijkheid), Advice (advies), Menu of options (keuzemenu), Empathy (empathie) en Self efficacy (persoonlijke effectiviteit). Behalve feedback en advies herkennen we hierin de basisprincipes van motiverende gespreksvoering. Een kortdurende interventie bestaat dus uit motiverende gespreksvoering aangevuld met feedback en advies. Over de motiverende gespreksvoering las u reeds meer in hoofdstuk 2 (p. 8). We gaan hier dieper in op feedback geven en overlopen de andere elementen van kortdurende interventies.

Feedback

Feedback geven op het gebruik van de cliënt is een kernelement van een kortdurende interventie. Zowel persoonlijke als normatieve feedback zijn belangrijk.

Persoonlijke feedback geven betekent dat u als hulpverlener aangepaste informatie geeft over de risico's verbonden aan het gebruik, op basis van het gebruikspatroon van de cliënt. Het gebruikspatroon moet dus eerst in kaart gebracht worden. Een screeningsinstrument zoals de ASSIST is hierbij een handig hulpmiddel. Het brengt het gebruikspatroon van de cliënt in kaart, geeft een risico-inschatting en koppelt hier informatie aan over de risico's van de middelen die de cliënt gebruikt.

Ook **normatieve feedback** kan een onderdeel zijn. Hiermee wordt bedoeld dat informatie gegeven wordt over de gebruikspatronen en middelenproblemen die gemiddeld voorkomen bij mensen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht. Op die manier kan de cliënt het eigen gebruik hiermee vergelijken en zijn beeld over 'de norm' bijstellen. Het is namelijk bekend dat personen die zelf gebruiken het druggebruik bij leeftijdsgenoten vaak overschatten.

De manier waarop feedback wordt gegeven beïnvloedt hoe de cliënt de feedback ervaart en hoe hij erop reageert. De hulpverlener dient rekening te houden met wat de cliënt bereid is te horen en wat hij al weet. De houding en principes die we eerder bij motiverende gespreksvoering hebben besproken zijn ook hier van toepassing. Bij het geven van informatie is het belangrijk dit op een neutrale manier te doen en zo veel mogelijk de cliënt conclusies te laten trekken over zijn persoonlijke situatie. Een valkuil is de cliënt proberen te overtuigen dat hij een probleem heeft.

Goed om weten

Een handige kapstok om feedback te geven zijn deze drie stappen: Uitlokken - aanbieden - uitlokken. Op deze manier houdt u rekening met de bestaande kennis van de cliënt en zijn bereidheid tot verandering en respecteert u de verantwoordelijkheid van de cliënt.

- Lok bereidheid om te luisteren en interesse in de informatie uit met een open vraag. Vraag de cliënt bijvoorbeeld wat hij al weet of wat hij wil weten. Het kan zinvol zijn om de cliënt eraan te herinneren dat wat hij met de informatie doet zijn eigen verantwoordelijkheid is.
  - ‘Zou je graag de resultaten bekijken van de vragenlijst die je beantwoord hebt? Wat je met de informatie doet, is jouw keuze.’; ‘Wat weet je over de effecten van amfetamines op je humeur?’
- Geef feedback op een neutrale en niet-veroordelende manier. Geef niet te veel informatie tegelijk, maar doseer.
  - ‘Je score voor cannabis was 6, wat betekent dat je het risico loopt op gezondheids- en andere problemen als gevolg van je huidige cannabisgebruik.’; ‘Amfetamines beïnvloeden de chemische stoffen in je hersenen die je humeur regelen. Een regelmatig gebruik kan ervoor zorgen dat je je depressief, angstig en in sommige gevallen boos en agressief voelt.’
- Lok reactie uit met een open vraag. Vraag de cliënt bijvoorbeeld wat hij denkt over de informatie en wat hij zou willen doen. De cliënt is hierdoor zelf aan het woord, krijgt meer inzicht en kan verandertaal uiten.
  - ‘Wat vind je daarvan?’; ‘In welke mate verontrust je dat?’; ‘Waarover maak je je het meest zorgen?’; ‘Hoe wil je dat aanpakken?’

Verantwoordelijkheid (**R**esponsibility)

Een sleutelprincipe van interventie bij middelengebruikers is het erkennen dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en dat ze keuzes kunnen maken over hun middelengebruik. De boodschappen ‘Wat u met uw middelengebruik doet is uw beslissing.’ en ‘Niemand kan u veranderen of voor u beslissen.’ laten de cliënt de controle over zijn gedrag en de gevolgen ervan behouden. Dit gevoel van controle is een belangrijk element gebleken bij de motivatie voor verandering en het vermijden van weerstand (zie p. 11).

Advies

Cliënten zijn er zich vaak niet van bewust dat hun huidige patroon van middelengebruik zou kunnen leiden tot gezondheids- of andere problemen of dat het bestaande problemen zou kunnen verergeren. Duidelijk advies dat de cliënt door het veranderen van zijn middelengebruik de risico’s kan vermijden of verminderen, vergroot het bewustzijn over zijn persoonlijke risico's en de motivatie om zijn gedrag te veranderen.

Keuze**M**enu met alternatieve veranderingsopties

In een kortdurende interventie krijgt de cliënt informatie over alternatieve keuzeopties en strategieën om zijn middelengebruik te veranderen. De cliënt kan kiezen voor stoppen, minderen, het beperken van risico's, … Zelfhulpboekjes, online zelfhulp, online hulpverlening, zelfhulpgroepen, ambulante begeleiding en opname zijn verschillende ondersteuningsmogelijkheden. Het voorzien van keuzes versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor het veranderen. Het helpt om weerstand te vermijden of te verminderen en om de motivatie van de cliënt om te veranderen te vergroten. De hulpverlener geeft informatie over de verschillende mogelijkheden en bevraagt wat de cliënt wil. De cliënt trekt conclusies en kiest welke doelstelling en methode het meest aansluit bij zijn situatie. Het is wel belangrijk in te schatten of de cliënt al toe is aan het bespreken van veranderingsmethoden. Als de hulpverlener te snel gaat, lokt dit weerstand uit (zie p. 11).

Empathie

Even belangrijk is een warme, empathische en begrijpende houding. Dit is cruciaal voor hoe de cliënt de interventie ervaart en erop reageert. Is de hulpverlener aanvaardend en respectvol, niet veroordelend of beschuldigend, dan creëert hij voor de cliënt de veiligheid om naar zichzelf te kijken en zijn gedrag in vraag te stellen (zie p. 8).

Persoonlijke effectiviteit (**S**elf efficacy)

Het laatste element van een effectieve, kortdurende interventie bestaat erin het vertrouwen van de cliënt te versterken dat hij in staat is zijn gedrag te veranderen. Personen die geloven dat ze kunnen veranderen zijn meer geneigd en in staat om hun gedrag te veranderen, dan zij die zich machteloos of hulpeloos voelen om iets te ondernemen. Het geloof van de hulpverlener in de veranderingsmogelijkheden van de cliënt is hiervoor cruciaal en werkt als een selffulfilling prophecy. De hulpverlener geeft ook aandacht aan wat goed gaat en de (kleine) stappen die de cliënt al onderneemt (zie p. 10).

3.2.3. De kortdurende interventie afronden

Een kortdurende interventie kan in één gesprek afgerond worden. Vat om te besluiten de uitspraken van de cliënt over zijn middelengebruik samen, met nadruk op de nadelen van het gebruik.

- ‘Drinken helpt je te ontspannen en met een paar glazen op voel je je vrolijker als je weggaat en leg je makkelijker contacten. Maar je vindt het vervelend dat je moeilijk kan stoppen eens je begint te drinken en dat je dan vaak dingen doet of zegt waar je achteraf spijt van hebt. Zoals vorige week toen je op de spoed terechtkwam omdat je gewond geraakte na een ruzie op café.’

Geef de cliënt een brochure mee en verwijs naar websites en diensten waar hij terechtkan voor meer informatie of hulp. U kunt ook een zelfhulpboekje meegeven. Zo’n boekje helpt mensen nadenken of ze hun druggebruik willen veranderen en als ze dat wensen ondersteunt het hen bij het minderen of stoppen. Het kan als werkmateriaal gebruikt worden bij verdere begeleiding.

Nodig de cliënt uit om zijn middelengebruik opnieuw met jou te bespreken als hij verdere hulp of informatie nodig heeft. Neem ook zelf het initiatief en vraag naar het middelengebruik bij latere contacten.

Websites met meer informatie of (zelf)hulp

Op www.druglijn.be vindt iedereen meer informatie over alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken. Iedereen kan bij De DrugLijn anoniem terecht met vragen (telefonisch via 078/ 15 10 20 of via de website per mail of met Skype).

De site www.hoeveelisteveel.be is een initiatief van de Druglijn specifiek voor volwassen gebruikers. Met de zelftests op deze site kunnen ze te weten komen hoe riskant hun gebruik van alcohol, cannabis, speed, cocaïne, xtc, slaap- en kalmeringsmiddelen, hun internetgebruik en gokken is. Aan de hand van de kennistests kunnen ze nagaan hoeveel ze weten over cannabis, alcohol, cocaïne, xtc en gokken. Ten slotte bevat de site ook gratis zelfhulpprogramma's voor cannabis- en cocaïnegebruikers.

Op www.alcoholhulp.be en www.cannabishulp.be, beide een initiatief van CAD Limburg en Drughulp Kempen, vinden gebruikers informatie over alcohol, een zelftest en een zelfhulpprogramma voor hun alcoholgebruik. Ze kunnen er ook terecht voor een online begeleiding.

Casus

Kortdurende interventie aan de hand van het screeningsinstrument ASSIST

De cliënt, een man van 33 die samenwoont met zijn vriendin en hun zoontje, heeft op de ASSIST scores in het lagerisicobereik voor alle middelen behalve cannabis. Daarvoor heeft hij een score in de matigerisicocategorie.

Hulpverlener: Willen we de resultaten eens bekijken van de vragenlijst?

Cliënt: Ja.

Hulpverlener: Je scores voor de meeste middelen liggen in het lagerisicobereik. Dit is een aanwijzing dat je geen problemen ondervindt door deze middelen en er waarschijnlijk ook geen zal ondervinden, als je op dezelfde manier blijft gebruiken. Je score voor cannabis is twintig, wat betekent dat je een risico loopt op gezondheids- en andere problemen door je huidige gebruik. Is het goed als we samen eens bekijken wat dit wil zeggen? Jij beslist zelf wat je met deze informatie doet.

Cliënt: Oké…

Hulpverlener: (Toont de cliënt de ASSIST feedbackkaart.) Hier staan problemen opgesomd die het gevolg kunnen zijn van cannabisgebruik. Het gaat zowel om problemen die op korte termijn optreden als problemen op langere termijn, na een langdurig regelmatig gebruik. Zoals je ziet gaat het om problemen met concentratie en motivatie, angst, humeur, paniek, achtervolgingswaanzin, verminderde geheugen- en probleemoplossingsbekwaamheid, hoge bloeddruk, astma en bronchitis, hart- en longziekten.

Cliënt: Kan je dat er allemaal van krijgen? Voor mij is 't gewoon iets dat me helpt ontspannen.

Hulpverlener: Cannabis helpt je ontspannen. Welke andere voordelen ervaar je aan het gebruik? Wat zijn de positieve kanten ervan?

Cliënt: Vooral als ik thuiskom van het werk, helpt het me echt om de stress van me af te gooien en de dag te vergeten. Het is ook plezant met vrienden op een feestje of tijdens het weekend omdat je je beter kunt amuseren.

Hulpverlener: Hoeveel joints rook je, laat ons zeggen, op een gemiddelde dag na het werk?

Cliënt: Hm, meestal zo'n twee, drie jointjes per avond.

Hulpverlener: En in het weekend?

Cliënt: Ja…waarschijnlijk iets meer…misschien vier of vijf, geen idee, soms ben ik de tel kwijt (lacht).

Hulpverlener: Wat zijn de minder goede kanten van cannabis?

Cliënt: Vraag dat aan mijn vriendin, zij klaagt er altijd over (lacht). Een nadeel dat ik soms ondervind, is dat mijn concentratie op het werk vermindert. Na een feestje ben ik soms vergeetachtig en moe. Als het heel erg is, kan ik niet gaan werken.

Hulpverlener: Dus cannabis helpt je te ontspannen na het werk, maar het maakt je ook vergeetachtig en moe en soms mis je zelfs werkdagen. Je zei ook dat je vriendin niet graag heeft dat je het gebruikt, waarom denk je?

Cliënt: Ze vindt het niet leuk als ik stoned ben en zegt dat ik niks anders doe dan rondhangen en tv kijken. Ze vindt dat ik niet genoeg meehelp met het huishouden

	en dat zij altijd voor de baby moet zorgen. Maar ik ga heel de dag werken en 's nachts kan ik niet slapen met een baby die huilt, ik ben moe!
Hulpverlener:	Je vergeet dingen en vindt het moeilijk je te concentreren en je vriendin na het werk te helpen omdat je niet genoeg slaapt.
Cliënt:	Wel, toch gedeeltelijk, ja. Misschien soms ook omdat ik cannabis gerookt heb...
Hulpverlener:	In welke mate maak je je zorgen over de effecten van cannabis op jou?
Cliënt:	Wel… ik weet het niet… het is wel wat verontrustend dat het zo'n effect heeft op mijn hersenen… ik weet het niet.
Hulpverlener:	Is het oké dat we hier een volgende keer dieper op ingaan? Hier heb je alvast wat meer informatie over cannabis en de gevolgen ervan. (Geeft een brochure.)
Cliënt:	Ah…oké… bedankt… ik zal het eens bekijken.

Een langere interventie kan ingaan op het belang van de relatie met zijn vriendin en kind. Dit kan een motivatie zijn om het gebruik te veranderen. De hulpverlener kan de cliënt ook vragen het verloop van een avond of een ochtend concreet te laten vertellen. Op die manier worden ook meer uitingen van probleembesef uitgelokt.

3.3. Verdere begeleiding

Wanneer een kortdurende interventie ontoereikend blijkt, is verdere begeleiding noodzakelijk. Afhankelijk van een aantal factoren kan u deze begeleiding zelf opnemen dan wel de cliënt doorverwijzen (zie p. 15).

3.3.1. Verder werken aan motivatie

In de verdere begeleiding rond het middelenprobleem gaat u verder werken aan het belang en vertrouwen van de cliënt. Verken met de cliënt zijn motivatie, ligt de blokkade vooral bij een gebrek aan 'willen' of 'kunnen'? Focus dan op die aspecten.

Ook de andere basisprincipes van motiverende gespreksvoering, empathie uitdrukken en een veilige gesprekscontext creëren en meegaan met weerstand blijven even belangrijk. De concrete aanpak verschilt hiervan niet bij een kortdurende interventie of in de verdere begeleiding. We verwijzen hiervoor naar het deel over motiverende gespreksvoering (zie p. 8).

(1) Belang versterken ('willen')

Om het belang van verandering verder te versterken, is een meer gedetailleerde probleemanalyse aangewezen. Op die manier kan de cliënt meer inzicht krijgen in zijn gebruik en consequenties ervan op verschillende levensdomeinen.

De voor- en nadelen van het gebruik worden verder in kaart gebracht. De besluitvorming tot verandering is geen simpele rationele optelsom van de voor- en nadelen van het gedrag, maar een complex gegeven. Zowel aan het huidige gedrag als aan de verschillende opties tot verandering zijn heel wat verleidelijk positieve als sterk negatieve aspecten verbonden. De cliënt wordt bovendien geconfronteerd met allerlei verwachtingen uit de omgeving. Ambivalentie is normaal.

Hoe kan de hulpverlener verandertaal (zie p. 9) uitlokken en versterken?

- **Doelgerichte vragen stellen en doorvragen**

  De hulpverlener ontlokt de cliënt uitingen van probleembesef door de nadelen van het huidige gedrag en de voordelen van verandering te bevragen.

  - 'Wat denk je dat er zal gebeuren als er niets verandert?'; 'Wat maakt je partner/je ouders bezorgd over je gedrag?'; 'In welke mate maak je je zorgen? Duid aan op een schaal van 1 tot 10. En welk cijfer zou je een jaar geleden gegeven hebben?' (schaalvraag)

  De hulpverlener kan de cliënt ook uitnodigen achterom of vooruit te kijken.

  - 'Wat is er veranderd sinds je bent beginnen drinken?'; 'Stel dat je op dezelfde voet doorgaat. Hoe zal je leven er volgens jou dan over tien jaar uitzien?'

  Zodra er een reden voor verandering is genoemd, heeft de hulpverlener dikwijls de neiging om door te gaan, op zoek naar andere. Het is echter zeer nuttig om de cliënt over een thema te laten uitweiden. Door de cliënt te stimuleren zich zo concreet mogelijk uit te drukken, wordt bewustwording gestimuleerd en wordt nog meer verandertaal uitgelokt.

  - 'Wat bedoel je?'; 'Hoe verliep dat precies?'; 'Kan je daar een voorbeeld van geven?'; 'Hoe verloopt zo'n ochtend?'; 'Wat nog meer?'

  - Cliënt: Die geldkwestie is een groot probleem aan het worden.
    Hulpverlener: Welke gevolgen heeft het precies voor u als u zoveel schulden heeft?
    Cliënt: Niemand wil me nog geld lenen, zelfs mijn beste vriendin niet meer. Mijn man is erachter gekomen, en hij praat praktisch niet meer tegen mij.
    Hulpverlener: Wat nog meer?
    Cliënt: Hij is natuurlijk bang voor ons pensioen. En ik kan niet meer kopen wat ik wil.
    Hulpverlener: Zoals?

- **Waarden en doelen verkennen**

  Wat vindt de cliënt het belangrijkst in zijn leven? Wanneer de hulpverlener met de cliënt onderzoekt wat zijn doelen en waarden zijn, levert dit referentiepunten op waarmee de cliënt zijn huidige situatie kan vergelijken. Als het huidige gedrag niet in overeenstemming is met de waarden en doelen, wordt het belang van de verandering duidelijker.

  - 'Wie zijn de belangrijkste mensen in jouw leven?'; 'Welke dingen in het leven zijn voor jou het kostbaarst?'; 'Hoe zou je willen dat je leven eruit ziet binnen vijf jaar?'

- **Selectief reflecteren en samenvatten**

  Door te reflecteren nodigt de hulpverlener de cliënt uit om dieper in te gaan op wat hij aanbrengt. Om het belang van de verandering te verhogen, gaat de hulpverlener selectief te werk. Hij geeft meer aandacht aan de tekenen van motivatie dan aan tekenen van niet-gemotiveerd zijn. Ook bij het samenvatten van (een deel van) het gesprek geeft de hulpverlener meer aandacht aan de uitingen van motivatie.

  Een aandachtspunt hierbij is dat het reflecteren van verandertaal soms het paradoxale effect kan opleveren, weerstand uit te lokken. Als de hulpverlener één kant lijkt te kiezen in het gesprek kan iemand die ambivalent is de andere kant gaan verdedigen. (Zie ook meegaan met weerstand, p. 11.) Het is belangrijk aan beide kanten van de ambivalentie aandacht te geven.

  - Hulpverlener: … om te beginnen zou u me misschien kunnen vertellen waar u zich zorgen over maakt.
    Cliënt: Om eerlijk te zijn weet ik niet of ik me wel ergens zorgen om maak. Mijn vrouw denkt kennelijk dat ik te veel drink. Mijn dokter heeft een paar bloedonderzoeken gedaan, en volgens hem betekenen die dat ik waarschijnlijk te veel drink. 'Waarschijnlijk', zei hij, maar vanaf het moment dat ik dat tegen mijn vrouw heb gezegd, maakt ze zich zorgen om mijn drankgebruik. Dus heb ik tegen haar gezegd dat ik naar hier zou komen, maar ik weet niet of ik hier wel thuishoor.
    Hulpverlener: Dus minstens twee andere mensen, uw vrouw en uw dokter, zijn bang dat uw alcoholgebruik schadelijk is. Maar ik vraag me af: wat hebt u zelf gemerkt? Is u in de afgelopen jaren iets opgevallen aan uw drankgebruik, wat aanleiding zou kunnen geven tot bezorgdheid?
    Cliënt: Ik weet het niet, misschien drink ik wel meer dan vroeger. Mijn vrouw zegt dat toch.
    Hulpverlener: Dus een van de dingen die u zijn opgevallen, is dat u nu meer drinkt dan vroeger. Wat nog meer?

- **In kaart brengen van het gebruik**

  Door zijn gebruik in kaart te brengen, bijvoorbeeld aan de hand van een zelfregistratie-opdracht, krijgt de cliënt meer zicht op zijn gebruik en de functie ervan. Welke gebeurtenis ging aan het gebruik vooraf? Op welke momenten was er 'goesting' om te gebruiken? Hoe is het gebruik gestopt? Wat waren de gevolgen?

	Wat eraan voorafgaat	Drinken/goesting/wat/hoeveel	Hoe het ophoudt
maandag	*op café*	*3 Duvels*	*naar huis*
dinsdag	*thuis, tv*	*1,5 fles wijn*	*gaan slapen*
woensdag	*na voetbalmatch*	*3 Duvels*	
donderdag	*ruzie met vrouw*	*1 fles wijn*	*gaan werken*
vrijdag		*1,5 fles wijn*	*gaan werken*
zaterdag	*gaan eten met G. en A.*	*paar glazen wijn, cognac*	
zondag			

Het is niet zo belangrijk dat de cliënt dit strikt waarheidsgetrouw invult, wel dat hij stilstaat bij zijn gedrag. Bij de bespreking laat u de cliënt zelf conclusies trekken.

- ‘Ik merk dat ik telkens drink als ik een conflict gehad heb met mijn vrouw.’; ‘De drang is soms zo groot dat ik aan niets anders meer kan denken.’

- **Informatie geven**

  Ook bijkomende informatie aanbrengen is een techniek die u kunt gebruiken. U kunt bijvoorbeeld samen met de cliënt een folder of zelfhulpboekje bespreken. Breng informatie op een neutrale, niet-moraliserende en gedoseerde manier. Laat de cliënt zelf conclusies trekken.

  - ‘Wat betekent dit voor jou?’; ‘Herken je dit?’.

  Samen met de cliënt bekijkt u de informatie en zo vermijdt u de valkuil ‘hulpverlener overtuigt cliënt, cliënt betwist de kennis van de hulpverlener’. Op p. 19 vindt u meer toelichting over het geven van feedback en informatie.

- **Beslissingsbalans verkennen**

  Het kan handig zijn om de positieve en negatieve aspecten van het huidige gedrag en van de verandering op een rijtje te laten zetten. Dit geeft een direct beeld van de ambivalentie.

Doorgaan met drinken		Stoppen	
+	-	+	-
Ontspanning *Gezellig drinken met vrienden*	*Verlies van gezin* *Slecht voorbeeld voor mijn kinderen* *Het kost te veel geld* *Misschien werk verliezen* *Zonde van mijn tijd/leven*	*Minder ruzie in gezin* *Meer tijd voor de kinderen* *Betere lichamelijke conditie* *Minder financiële problemen*	*Roes missen* *Misschien verlies van vrienden* *Ik weet niet hoe ik met stress kan omgaan*

Casus

Cliënt:	Ik kan de hele nacht doordrinken en toch word ik niet dronken. Mijn maten hebben moeite om mij bij te houden.
Hulpverlener:	Dat is interessant. Wat betekent dat volgens u?
Cliënt:	Ik denk dat het in de familie zit. Mijn vader was ook zo. Hij kon de meesten onder tafel drinken en had er nooit last van.
Hulpverlener:	U hebt gemerkt dat alcohol kennelijk minder invloed op u heeft dan op andere mensen. Omdat uw vader ook zo was denkt u dat het misschien iets is dat in de familie zit.
Cliënt:	Zou dat kunnen?
Hulpverlener:	Ja zeker, en het zou ook belangrijk kunnen zijn. Waaraan hebt u nog meer gemerkt dat uw drankgebruik op dat van uw vader lijkt?

Cliënt:	De laatste tijd heb ik wel een paar keer gehad dat ik me niet goed meer kon herinneren wat er precies gebeurd was.
Hulpverlener:	Kan je daar een voorbeeld van geven?
Cliënt:	Ongeveer twee weken geleden ben ik gaan biljarten met Bob. De verliezer moest telkens een rondje geven. Toen ik de volgende morgen wakker werd, wist ik niet meer waar mijn auto stond. Dan schrok ik wel.
Hulpverlener:	In welk opzicht?
Cliënt:	Ik vroeg me af of ik iets stoms had gedaan.
Hulpverlener:	Waar had u die morgen nog meer last van?
...	
Hulpverlener:	Er zijn u dus een paar dingen opgevallen. U drinkt de laatste tijd meer dan vroeger en u weet dat u soms met de auto gereden heeft met te veel op. Uw vrouw maakt zich zorgen over u. U hebt gemerkt dat u net als uw vader heel wat kunt drinken zonder dat u dronken bent. U hebt al een aantal keer een verschrikkelijke kater gehad en u merkt dat u zich beter voelt als u 's morgens iets drinkt. Waarover maakt u zich het meeste zorgen?

(2) Vertrouwen versterken ('kunnen')

Je zou kunnen veronderstellen: 'Hoe groter de ervaren last en het belang van de verandering, hoe meer kans dat iemand verandert'. Zoals hoger reeds gesteld, moet hier een belangrijke kanttekening bij gemaakt worden. Het belang moet in evenwicht zijn met de zelfwaarde en het competentiegevoel van de cliënt, anders kan het probleembesef verlammend werken.

Ook op dit vlak heeft een cliënt vaak tegenstrijdige gevoelens. Vaak ziet hij wel mogelijkheden, maar aan de andere kant ook niet. De uitdaging is de mogelijkheden die de cliënt wel ziet uit te lokken en te versterken door er op een bevestigende manier op te reageren. U kunt hiervoor dezelfde gesprekstechnieken toepassen.

- **Doelgerichte vragen stellen en doorvragen**

  De hulpverlener ontlokt de cliënt uitingen van zelfwaarde of competentiegevoel.

  - 'Welke dingen lopen goed?'; 'Waar ben je tevreden over?'; 'Wanneer loopt het het best in de opleiding?'; 'Wanneer lukte het je wel om niet te drinken?'

  Door te vragen naar mogelijkheden en inzet laat de hulpverlener de cliënt zijn eigen mogelijkheden ontdekken en zijn eigen impact op een situatie zien.

  - 'Hoe heb je dit tot nu toe volgehouden?'; 'Wat heb je zelf al geprobeerd?'

  De hulpverlener kan de cliënt ook vragen terug te kijken op vroegere successen. Hij zoekt naar veranderingen die de cliënt in het verleden op eigen initiatief heeft voltrokken. Wat heeft de cliënt gedaan om verandering te initiëren en vast te houden? Welke hindernissen waren er en hoe heeft hij die overwonnen?

  - 'Geef me eens een voorbeeld van een keer dat je iets echt graag wilde en ervoor gegaan bent.'

  Wanneer de cliënt een sterke kant van zichzelf ontdekt, vraagt de hulpverlener om uitweiding, onder andere door voorbeelden te vragen.

- **Selectief reflecteren en samenvatten**

  De hulpverlener luistert selectief naar thema's, ervaringen, ideeën en percepties die uitgaan van vertrouwen, die getuigen van het vermogen om de verandering door te voeren. Hij reflecteert deze zowel op het moment dat ze geuit worden als in samenvattingen achteraf.

- **Bevestigen**

  De hulpverlener benadrukt de dingen die goed gaan. Hij geeft de cliënt bevestiging.

  - 'Het is duidelijk dat u een sterke persoonlijkheid bent, als u al zo lang bestand bent tegen zulke moeilijkheden.'; 'Ik moet zeggen: als ik in uw schoenen stond, zou ik veel moeite hebben om dat zo lang vol te houden.'; Ik vind het knap dat je naar hier komt om bij je problemen stil te staan.'; 'Goed dat je gekomen bent.'

- **Positief herstructureren**

  Bij het positief herstructureren worden aspecten, die een cliënt van zichzelf als negatief aanbrengt, positief herkaderd. Het zijn aspecten waardoor de cliënt zichzelf in een negatief daglicht stelt. Deze negatieve gedachten, gevoelens, gedrag worden dan weergegeven in een positieve context. Deze techniek werkt vooral goed bij cliënten die veel negatieve uitspraken doen over hun denken, gevoelens en gedrag.

  - Cliënt: 'Het is weeral mislukt. Ik kan het gewoon niet!'
    Hulpverlener: 'Ik vind het ongelooflijk wat een doorzetter je bent.'

Casus

Cliënt:	Ik weet het allemaal niet meer hoor. Ik zie het niet meer zitten.
Hulpverlener:	Wat zie je niet meer zitten?
Cliënt:	Wat maakt het allemaal nog uit: ik heb geen werk, veel schulden. Of ik nu verder drink of niet, dat maakt geen verschil.
Hulpverlener:	Ik kan mij goed voorstellen dat je ontmoedigd raakt. Vertel me eens hoe je het desondanks toch volhoudt?
Cliënt:	Ik kan nog terugvallen op mijn ouders, alhoewel ik hen veel verdriet aangedaan heb.
Hulpverlener:	Bij hen vind je steun?
Cliënt:	Ja, dat mag je wel zeggen. En mijn kinderen zie ik elk weekend, dat loopt goed.

3.3.2. Klaar voor verandering

Wanneer is de cliënt klaar om zijn gedrag te veranderen?

- Als hij het wil (het belang is voldoende groot).
- Als hij het gevoel heeft dat hij het kan (vertrouwen en zelfwaarde).
- Als hij de ruimte heeft om met verandering bezig te zijn. Er zijn misschien andere zaken die zoveel energie en aandacht vragen, dat verandering van het middelengebruik niet aan de orde is op dat moment.

Tijdens de begeleiding evalueert de hulpverlener deze zaken voortdurend. Als deze voorwaarden voldoende aanwezig zijn, gaat de hulpverlener samen met de cliënt diens beslissing concretiseren en de verandering voorbereiden. Het is belangrijk dat de hulpverlener er niet te snel van uitgaat

dat de cliënt 'gereed' is, anders zal dat weerstand oproepen. Wacht de hulpverlener te lang, dan komt de cliënt niet tot actie (terwijl hij er wel klaar voor is). Het risico bestaat dat hij ontgoocheld of ontmoedigd raakt of zelfs afhaakt.

Bij het concretiseren van de beslissing tot verandering, is het niet de bedoeling dat u als hulpverlener zelf met een plan op de proppen komt of meteen kant-en-klare oplossingen biedt. De hulpverlener geeft informatie over de verschillende methoden en mogelijke hulpmiddelen om aan verandering te werken, zoals opname, ambulante behandeling, zelfhulpgroep, online hulpverlening en zelfhulpboekjes. De cliënt beslist hoe hij het gaat aanpakken. Dit kan dus betekenen dat u zelf verder begeleidt en samen met de cliënt een veranderplan (met zeer concrete en haalbare stappen naar verandering) opstelt. Of u kunt samen met de cliënt tot het besluit komen dat doorverwijzing naar een externe dienst het meest aangewezen is. Meer informatie over doorverwijzing en ondersteuning bij externe hulpverlening vindt u op p. 31.

3.3.3. Actieve verandering en terugval

Eenmaal de cliënt daadwerkelijk verandering begint in te voeren in zijn dagdagelijkse leven (actieve verandering, zie p. 7) moet hij nieuwe manieren leren om met situaties waarin hij gewoon is te gebruiken, om te gaan. Het is dan ook belangrijk dat hij weet welke deze hoogrisicosituaties voor hem precies zijn. De cliënt kan hier inzicht in krijgen door stil te staan bij wat er voorafgaat aan het gebruik: wat is de context, welke gevoelens en gedachten heeft hij dan? Vaak dient de cliënt nieuwe vaardigheden te leren om met deze situaties om te gaan of ze te vermijden. Bijvoorbeeld: het café vermijden en een andere vrijetijdsinvulling zoeken, ontspanningsoefeningen doen bij stress in plaats van een slaappil te nemen.

Casus

Een jongeman is voor een psychiatrische problematiek in behandeling bij een psychiater. Zijn problemen zijn onder controle en hij is op zoek naar werk. De man zondert zich vaak af en als hij buitenkomt, gaat hij op café en drinkt zijn leefgeld op. Achteraf komt hij met hangende pootjes naar het OCMW. Hij voelt zich dan heel slecht en neemt zich voor niet meer te gaan drinken.

Met de cliënt wordt bekeken wat hem op dat moment telkens aanzet om te gaan drinken. Verveling blijkt een grote oorzaak. De hulpverlener informeert de cliënt over het aanbod van een dagactiviteitencentrum. De man staat hiervoor open en plant een gesprek. In een volgend gesprek geeft hij aan dat hij zich goed voelt in het centrum. Hij heeft er ook al nieuwe vrienden gemaakt. De hulpverlener probeert hem te motiveren om een gesprek met zijn vrienden te hebben over het feit dat ze hem geen drank mogen aanbieden. Ze bereiden samen zo'n gesprek voor.

Terugval (bijvoorbeeld opnieuw drinken of veel meer drinken dan men zich voorgenomen had) is een wezenlijk onderdeel van gedragsverandering en kan zich op ieder moment voordoen.

Een cliënt die terugvalt, kan in elke fase van verandering terecht komen. Dit hoeft niet per se te betekenen dat de cliënt niet meer gemotiveerd is. Hij heeft sowieso een hele weg afgelegd, hij heeft inzichten en ervaringen opgedaan die hij meeneemt.

Het is belangrijk dat de cliënt weet dat de mogelijkheid van terugval bestaat en leert om dit niet als een mislukking te zien of als een toeval dat hij niet in de hand heeft. Een uitglijder (eenmalig terug gebruiken) hoeft niet tot volledige terugval te leiden. Beschouw een uitglijder of terugval als een crisissituatie en werk er samen met de cliënt een concreet plan voor uit. Bespreek wie een aanspreekpunt kan zijn bij een crisissituatie (telefonische hulplijn, iemand uit de directe omgeving, zelfhulpgroep). Maak duidelijk dat u het fijn zou vinden dat hij gesprekken niet afbreekt omwille van schaamte of schuldgevoelens.

Wanneer terugval zich voordoet, beklemtoon dan dat het een onderdeel is van het leerproces en overloop de vaardigheden die uw cliënt geleerd heeft om terugval in de toekomst te voorkomen.

Casus

Joyce is een twintiger die bijna heel haar jeugd in de bijzondere jeugdzorg heeft verbleven. Toen ze zelfstandig ging wonen, begon ze vaak uit te gaan en maakte ze kennis met XTC en speed. Haar gebruik werd problematisch. U verwees haar door voor een begeleiding rond haar middelenprobleem. Geruime tijd ging het goed met haar en ze vond werk. De laatste maanden voelt ze zich erg eenzaam. Ze gaat terug meer uit en de laatste keer heeft ze opnieuw XTC gebruikt.

U verkent met Joyce de concrete situaties die aanleiding waren tot het XTC-gebruik. U bevraagt de link met hoe ze zich de laatste tijd voelt en bespreekt hoe ze mensen kan ontmoeten, eventueel uitgaan, zonder te gebruiken. Samen met haar bekijkt u of ze opnieuw contact opneemt met de externe begeleiding.

Voor de begeleiding van de actieve verandering (onder meer terugvalpreventie en vaardigheidstraining) kan u doorverwijzen of samenwerken met externe diensten.

U kunt de cliënt informeren over terugval, helpen inzicht te krijgen in zijn hoogrisicosituaties (bijvoorbeeld aan de hand van een zelfhulpboekje), concrete tips geven om met hoogrisicosituaties om te gaan of ze te vermijden (bijvoorbeeld over slaaphygiëne) of doorverwijzen (bijvoorbeeld naar sportclub, relaxatie- of yogacursus, assertiviteitstraining, laagdrempelig vrijetijdsaanbod).

Een motiverende houding blijft enorm belangrijk. De cliënt verandert zijn gedrag met vallen en opstaan. De ervaring meer gedragsmogelijkheden te hebben is belonend. Het blijft echter inspanning vragen om de verandering vol te houden. De omgeving die de verandering aanvankelijk opmerkt en beloont, vindt het nieuw gedrag na een tijd vanzelfsprekend en geeft dan vaak nog weinig aanmoediging of bevestiging. Door actief contact te houden kan de hulpverlener de cliënt blijven ondersteunen.

3.4. Ondersteuning van verdere begeleiding extern

3.4.1. Doorverwijzing naar externe begeleiding

Doorverwijzing is noodzakelijk bij een ernstige middelenproblematiek of als er geen vooruitgang wordt geboekt met de eigen begeleiding. Ook de nood aan diagnose- en indicatiestelling is een reden om door te verwijzen. Een alcohol- of drugspecifieke dienst kan advies geven over wat er precies aan de hand is en welke interventies aangewezen zijn bij een complexe problematiek.
Ook al bent u zelf van mening dat de cliënt beter wordt doorverwezen naar drugspecifieke hulpverlening, dit betekent niet noodzakelijk dat de cliënt daar ook zo over denkt. Doorverwezen worden is immers een grote stap voor een cliënt. Daarom maakt motiveren voor een doorverwijzing integraal deel uit van het doorverwijzingsproces.

De cliënt motiveren voor een doorverwijzing kan met een kortdurende interventie (zie p. 19) of kan het resultaat zijn van een verdere begeleiding (zie p. 24). Een cliënt kan doorverwezen worden op het moment dat hij ervoor kiest zijn gebruik te veranderen, maar ook al wanneer hij begint na te denken over zijn gebruik en daar met iemand dieper op wil ingaan. Het is ook mogelijk dat de cliënt voor een beperkt aspect van de begeleiding wordt doorverwezen. Bijvoorbeeld voor medische ondersteuning bij de ontwenning.

Dezelfde houding en gesprekstijl zijn belangrijk. De cliënt is verantwoordelijk en kiest, de hulpverlener informeert over de verschillende mogelijkheden om aan verandering te werken, zoals opname, ambulante behandeling, zelfhulpgroep of online hulpverlening. Streef ernaar - in de mate van het mogelijke - de manier van werken en de doelstelling van de externe begeleiding te laten aansluiten bij wat de cliënt wil (wil hij stoppen, minderen of risico's beperken?).

Doorverwijzen is niet afwijzen, licht toe waarom u aan een doorverwijzing denkt. Leg uit dat deze dienst/hulpverlener de deskundigheid in huis heeft om een antwoord te bieden op de vraag van de cliënt. Geef de cliënt ook voldoende informatie over wat hem te wachten staat. Het is interessant om contact op te nemen met de externe dienst voor gedetailleerde informatie en om samenwerkingsafspraken te maken, voor u dit met de cliënt bespreekt. Bekijk of praktische ondersteuning nodig is, bijvoorbeeld samen een afspraak maken of mee op intake gaan. Verwijs tijdig door, hou rekening met eventuele wachttijd.

Hulpverleningsadressen vindt u via de doorverwijsgids op www.ida-web.be.

3.4.2. Ondersteuning tijdens externe begeleiding

Wanneer de cliënt bij een andere dienst in begeleiding is voor zijn middelenprobleem (al dan niet op uw doorverwijzing), kan u een belangrijke rol (blijven) spelen door de cliënt te ondersteunen.

- Volg het verloop van de begeleiding op. Vraag regelmatig aan de cliënt naar de stand van zaken, de vorderingen, de gevoelens, de knelpunten.
- Bewaak de motivatie van de cliënt. Het is mogelijk dat de cliënt de moed begint te verliezen of begint te twijfelen. Bespreek zijn twijfels, maar ook de zaken die al beter gaan.
- Vraag de cliënt hoe zijn directe omgeving reageert. Merken ze verandering op, hoe gaan ze ermee om, werken de reacties belonend of ontmoedigend? Tracht de reacties van de omgeving te kaderen. Bijvoorbeeld: ook gezinsleden hebben tijd nodig om zich weer aan te passen en terug vertrouwen te krijgen.
- Wissel, steeds in samenspraak met de cliënt, de nodige informatie uit met de externe hulpverlener.

Casus

Een alleenstaande man van 54 jaar had een ernstig drankprobleem. Dit heeft geleid tot werkverlies, financiële problemen en uiteindelijk ook tot een relatiebreuk. Hij werkt goed mee in budgetbeheer en wil uit de schulden komen. Hij heeft hulp gezocht bij het CGG en heeft er een behandeling voor zijn drankprobleem gevolgd. Regelmatig vraagt de maatschappelijk werkster op welke manier hij het volhoudt en waarmee hij het nog lastig heeft.

3.5. Ondersteuning na externe begeleiding

Na een externe behandeling hebt u een belangrijke rol in de ondersteuning van het behoud van de verandering en van de maatschappelijke integratie van de cliënt.

Probeer herval te vermijden. Wees er wel op voorbereid dat terugval deel uitmaakt van het veranderingsproces (zie p. 6).

Focus niet alleen op het middelenprobleem, maar sta ook stil bij de andere levensgebieden. Hoe functioneert de cliënt thuis, in werksituaties, …? De kans op uitglijders en terugval is immers groter naarmate het stressniveau op de andere levensgebieden (financieel, relationeel of professioneel) stijgt.

Sta niet alleen stil bij knelpunten en mislukkingen. Geef erkenning aan de stappen die de cliënt reeds ondernam en bekrachtig wat goed gaat. Dergelijke bekrachtigingen werken zeer motiverend.

Casus

Jeanine heeft een opname in een ontwenningsafdeling goed afgerond. Het CAW/OCMW begeleidt haar in haar zoektocht naar werk om haar schulden af te betalen. Ze kan aan de slag in een tewerkstellingsproject. Aanvankelijk liep dit goed, maar na een drietal weken meldt de werkplaats dat ze onder invloed is komen werken.

U bespreekt het voorval met Jeanine en bekijkt samen of een heropname noodzakelijk is.

Goed om weten

De omgeving van de gebruiker

Het zijn vaak de partner, ouders en kinderen die de negatieve effecten van middelenproblemen eerst ervaren: spanningen thuis, extreme stemmingsschommelingen, werkverlies, heimelijk gedrag om het gebruik te verbergen enzovoort.

Meer informatie over hoe u als hulpverlener de omgeving kan ondersteunen vindt u in het draaiboek 'Psycho-educatie voor familieleden' (VAD, 2004). Op www.vad.be vindt u onder de doelgroep 'kinderen van gebruikers' de tekst 'Richtlijnen en tips voor de begeleiding en ondersteuning van een kind van een probleemdrinker'.

Volgend materiaal kan u meegeven of gebruiken in gesprekken:

- Zelfhulpboekje 'Als je partner drinkt…' (VAD, 2006)
- 'Als je ouder drinkt' (VAD, 2009), info- en doeboekje voor jongeren tussen veertien en achttien jaar van ouders met een alcoholprobleem, ook te downloaden van de VAD-site.
- 'Als je ouder drinkt' (VAD, 2010), info- en doeboekje voor kinderen tussen acht en dertien jaar van ouders met een alcoholprobleem, ook te downloaden van de VAD-site.

Kinderen van ouders met een alcoholprobleem kunnen ook terecht op www.alsjeoudersdrinken.be.

Komt u geregeld in contact met cliënten met een alcohol- of drugprobleem? Dan kunt u in uw begeleiding misschien handvatten gebruiken om deze cliënten te motiveren.

In deze leidraad komt u te weten hoe u stap voor stap aan de slag kunt gaan: van het moment dat uw vermoeden de kop opsteekt, over het bespreken ervan, tot de doorverwijzing en de nazorg. U zult merken dat een kortdurende interventie zoals in deze leidraad besproken, heel wat kan teweegbrengen.

"Alcohol en andere drugs. Wat met alcohol- en andere drugproblemen bij cliënten in OCMW en CAW?" is voor maatschappelijk werkers en andere hulpverleners, bijvoorbeeld op een CAW of op de sociale dienst van een OCMW, die in begeleidingen in contact komen met cliënten met een alcohol- of drugprobleem.

VAD
VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN VZW

de druglijn
078 15 10 20
www.druglijn.be

.be